

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA DE LA VERGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Février 1922

PAR

Antoine-Marie-Joseph LASSEGUETTE

né à Came (Basses-Pyrénées), le 8 septembre 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		ARNOZAN, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé.....		
		CREYX, agrégé.....		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA DE LA VERGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Février 1922

PAR

Antoine-Marie-Joseph LASSEGUETTE

né à Came (Basses-Pyrénées), le 8 septembre 1892

Examineurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur.....	Président.
ARNOZAN, professeur.....	Juges.
DUVERGEY, agrégé.....	
CREYX, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile et orthopédie..	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGOUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PICQUÉ	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie.....	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad.cuta-	
Hygiène.....	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires...	POUSSON.
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie.....	MOURE.
médicale.....	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatom. et embryologie.	N... N...		
Histologie.....	LACOSTE (chargé)	Médecine générale.....	DUPERIE.
Physiologie.....	DELAUNAY.		CREYX.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
naturelles.....	N...	Médecine légale.....	PERRENS.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.		LANDE.
Chimie biolog. et médic.	N...	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Anatomie pathologique..	MURATET.		ROCHER.
	PETGES.		DUVERGEY.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Obstétrique.....	PAPIN.
	MAURIAC.		PERY.
	LEURET.	Ophtalmologie.....	FAUGERE.
			TEULIERES.
		Pharmacie.....	LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM.	CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie...		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....		PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale		SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.		LABAT.
Cours complémentaire de chimie.....		RANGIER.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....		MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....		GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....		PETGES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les		
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation pro-		
fessionnelle.....		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

MORT AU MAROC

A MON PERE ET A MA MERE

A qui je dois tout, je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de ma profonde gratitude pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés. Pour eux, mon affection est de celles que les mots restent impuissants à traduire.

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Contribution à l'Etude de l'Epithélioma de la Verge

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Il semble à première vue qu'il n'y ait plus rien à dire sur le thème dont nous nous proposons de faire notre sujet, car l'on a déjà beaucoup écrit sur le cancer de la verge.

Nous nous bornerons, selon les conseils de Monsieur le Professeur Villar, à faire une vue d'ensemble de la question et à mentionner des faits que nos prédécesseurs ont passé sous silence. Nous nous attacherons principalement à l'étiologie du cancer, à cette question toujours nouvelle, quoique ancienne, du « cancer conjugal » ; nous insisterons sur le diagnostic et le traitement moderne.

Avant d'aborder le sujet, nous tenons à remplir un devoir bien doux, celui de remercier nos Maîtres pour tous les renseignements que nous avons reçu d'eux.

Nous nous adresserons tout d'abord à Monsieur le Professeur Villar, qui nous a suggéré cette thèse et nous fait l'honneur de

la présider. Dans son service si vivant de l'hôpital Saint-André nous avons acquis la plus grande part de nos connaissances cliniques; nous n'oublierons pas ses leçons si profitables et nous l'en remercions du fond du cœur.

Nous nous souviendrons toujours également des marques d'intérêt que nous a témoigné Monsieur le Professeur Bégouin. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Tous nos remerciements à MM. les Chirurgiens de Saint-André, du Tondu et de Tastet-Griard, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations et nous permettre de les publier. A tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux, dont nous avons eu le plaisir d'apprécier l'enseignement, à tous nos camarades d'études, nous adressons nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans notre tâche.



CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Jusqu'à présent les causes de l'épithélioma de la verge ne sont pas mieux connues que celles des épithéliomas des autres régions. En effet, les observations recueillies chez les différents auteurs ne nous donnent aucun renseignement précis sur la question et on ne peut guère avancer que des probabilités.

Parmi les causes les plus fréquentes, il faut citer l'âge. C'est en effet une affection de l'âge mûr pour ne pas dire la vieillesse. Consultons la statistique de Demarquay; nous voyons que la maladie avait été observée :

De 20 à 30 ans : 9 fois.

De 30 à 40 ans : 14 fois.

De 40 à 50 ans : 18 fois.

De 50 à 60 ans : 23 fois.

De 60 à 70 ans : 23 fois.

De 70 à 80 ans : 10 fois.

Les faits d'épithélioma pénien chez des hommes jeunes sont notés par Barney (25 ans), Demarquay (20 à 30 ans), Lebert (20 à 25 ans).

En dehors de l'âge, il est certaines conditions qui semblent favorables, sinon à la production du cancer, du moins à son développement. C'est ainsi que le cancer se montre beaucoup plus souvent chez les individus affectés de phimosis congénital ou accidentel. Telle est l'opinion de Roux.

Pour Ricord, le phimosis occasionnerait le carcinome du pénis en produisant l'irritation, le tiraillement du gland, du prépuce, et en retenant le produit de la sécrétion des follicules sébacés. Chaque fois que les individus possesseurs d'un phimosis congénital rendent de l'urine, celle-ci sort difficilement par l'ouverture étroite du prépuce; la surface du gland irritée par le liquide urinaire et par la matière sébacée, finit par subir la transformation cancéreuse.

Quelque soit la manière dont le phimosis détermine le développement d'une lésion cancéreuse de la verge, toujours est-il que sur 59 observations où la cause présumée de la maladie a été indiquée, l'existence d'un phimosis fut constatée 42 fois, id est, plus de 7 fois sur 10. Gardons-nous de conclure que les individus qui n'ont pas de phimosis sont à l'abri du cancer de la verge.

Après le phimosis, cause prédisposante de premier ordre, on a cité la syphilis, agissant comme cause locale par les diverses lésions qu'elle détermine sur la muqueuse. Hunter, à l'encontre de Ricord, n'admet pas cette possibilité. Cependant nous voyons que dans deux cas cités par Barney, l'épithélioma s'était développé sur la place même d'un chancre antérieur; des faits du même ordre ont été cités par Cripps et Sibley.

Les végétations papillomateuses, surtout cautérisées avec insistance, les plaques d'herpès ont été le point de départ de cancers péniers.

La contusion et les traumatismes répétés prédisposent aussi à leur apparition et à cet égard les vieilles observations de Dupuytren méritent d'être rappelées : on sait l'histoire de cette maîtresse jalouse qui fermait le prépuce de son amant par un, puis par deux cadenas d'or dont elle gardait la clé. L'ulcération de la peau nécessitait de fréquents changements de place et dans les cinq ans que dura la liaison, le nombre des trajets ne s'élevait pas à moins d'une vingtaine. C'est à leur niveau qu'un épithélioma prit naissance.

Récemment Hamilton Witford a signalé l'épithélioma du pénis à la suite d'une circoncision incomplète chez un homme âgé de 56 ans et qui fut circoncis à l'âge de 20 ans pour phimosis. L'exa-

men histologique et microscopique fut fait, ne laissant aucun doute sur la nature de la lésion.

On a cité aussi l'apparition du cancer sur la plaie résultant d'une déchirure du prépuce pendant le coït; ailleurs, une fistule uréthrale fut le point de départ d'un cancer de l'urèthre, tels les cas de Poncet et de Guiard; enfin le manque de soins de propreté a été regardé par certains comme ayant pu déterminer le développement d'un cancer du gland.

Que penser du rôle de l'hérédité et de la contagion dans l'apparition du cancer pénien ? La question est évidemment des plus intéressantes mais impossible à résoudre à l'heure actuelle. Aussi me bornerai-je à de simples constatations.

En faveur de l'hérédité je citerai quelques observations :

La mère d'un malade de Mauclaire était morte d'un cancer du sein; l'observation de Tédénat relate que le père d'un de ses malades atteints de cancer de la verge mourut à l'âge de quarante ans d'un cancer de l'estomac; dans la thèse de Laulx, la mère du malade est morte à 43 ans d'un cancer du sein; dans celle de Laborde (thèse de Bordeaux 1910-11), la mère d'un malade atteint de cancer de la verge est morte d'un épithélioma du col de l'utérus.

La notion de la contagion a été soulevée bien souvent, mais n'a jamais été tranchée. Demarquay cite un cas d'épithélioma du gland survenue chez un homme dont la femme avait un cancer du col. Poncet (de Lyon) a observé le même fait deux fois. Le Docteur Herman Legrand (d'Alexandrie) a eu l'occasion d'observer en 1907 et 1908, deux cas de cancer génital conjugal. La femme de l'un de ces malades avait été opérée l'année précédente d'un cancroïde du col de l'utérus; la femme de l'autre était morte d'un cancer de la matrice cinq ans auparavant. Nous avons constaté nous-même, dans le service de M. le Professeur Bégonin, le cas d'une femme atteinte de cancer de l'utérus et dont le mari a été opéré, il y a un an environ, d'une tumeur de la verge.

Récemment, Girou (d'Aurillac) a relaté la coexistence d'un cancer de la verge chez le mari et d'un cancer utérin chez la

femme, et à ce sujet il se demande si le cancer est contagieux.

La notion « du cancer conjugal » ne date pas d'aujourd'hui. La contagion possible du cancer par contact direct fut admise au ^{xvii}^e siècle par Lusitanus, Peyrille, Junker et Tulp et plus tard par Velpeau, Barthélemy, Michaux, Gaillard, Bayle, Guelliot, etc.

Des cas de cancers conjugaux ont été rapportés par Clemon et Brouardel. Guelliot en rapporte 23 observations et Belha une trentaine. Mais dans ces observations on ne dit pas si le mari n'avait pas un phimosis prédisposant.

Cette question du cancer conjugal a été discutée il y a une quinzaine d'années dans un Congrès de gynécologie et les gynécologues n'ont pas admis volontiers cette contagion par contact direct.

Dans ces observations de coexistence de cancer utérin et du cancer de la verge, il se peut que la contagion ne se fasse pas par contact direct; il se peut que le mari se contagionne au contact des draps contaminés.

Que conclure ?

Les cas réels de contagion par contact direct sont rares, et dans son livre sur le cancer, Ménétrier ne croit pas à ce mode de contagion, étant donné d'une part le petit nombre des faits invoqués et bien observés, et d'autre part la fréquence du cancer utérin et la rareté du cancer de la verge.

M. Mauclaire croit à la possibilité de la contagion par contact direct, mais c'est une simple hypothèse. Néanmoins dans ses séances de spéculum, même ganté, il examine les cancéreuses toujours en dernier lieu.

Pour M. Hartman, dans les cas relatés il n'y a pas d'inoculation, il s'agirait plutôt d'une simple coïncidence.

M. Potherat se basant sur sa propre expérience, n'a observé que cinq cas de cancer de la verge; les femmes de ces hommes n'avaient pas de cancer utérin ou autre. Il s'empresse d'ajouter : « Le cancer de la verge est des plus rares, le cancer de l'utérus est très fréquent. » Or, dit-il, nombre de femmes atteintes du cancer utérin, encore jeunes, se croyant simplement victimes de troubles de la ménopause, continuent à avoir des rapports

sexuels. Pour lui, les rapports d'homme sain à femme cancéreuse sont fréquents et cependant le cancer de la verge est une rareté.

Si le cancer utérin était vraiment contagieux se pourrait-il qu'il en fut ainsi ? Il ne le pense pas.



CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est presque toujours au niveau de l'extrémité antérieure de la verge que débute le cancer, soit sur le prépuce, soit sur le gland. Le lieu d'élection de ce début semble être le sillon balano-préputial sur la face dorsale; de là il gagne d'une part la muqueuse du prépuce qui s'ulcère, s'épaissit et s'indure; d'autre part, la muqueuse du gland, qui envahie, présente une lésion qui s'oppose à celle du prépuce. On peut voir aussi le début avoir lieu franchement sur le gland ou sur la face interne du prépuce. D'après Demarquay, Thomson, Barney, c'est sur le gland que se trouve le plus souvent le point de départ; Kaufman est de l'avis contraire.

L'épithélioma de l'urèthre ne serait pas rare d'après Morestin, Lecène, Ménard et Michon. Il se développe ordinairement chez les rétrécis blennorragiques sous forme d'épithélioma pavimenteux qui naît de l'épithélium de la muqueuse et peut-être des glandes. Puis le néoplasme, après avoir rétréci la lumière du canal, souvent jusqu'à l'obturation complète, infiltre l'urèthre, le détruit, se propage dans les tissus voisins et finit par former une tumeur volumineuse où s'ouvrent des fistules.

Au point de vue macroscopique, le cancer de la verge se présente sous deux formes; la plus fréquente est le cancer végétant, formé par des excroissances sanieuses et friables en choux-fleurs, pouvant parfois arriver à doubler et tripler le volume du gland; dans d'autres cas, au contraire, le cancer forme une ulcération à bord induré qui ronge peu à peu et détruit en profondeur.

Dans l'immense majorité des cas, les épithéliomas de la verge sont des épithéliomas pavimenteux lobulés. Le tissu de l'épithélioma pavimenteux lobulé est granuleux, blanchâtre, pauvre en suc; résistant et sans élasticité, il se déchire facilement (cancer friable de Cruveilhier). En le râclant ou en le pressant, on voit surgir à la surface des grumeaux et des filaments d'un blanc laiteux, comparable aux vermiotes. Délayés dans de l'eau, ces produits se montrent composés des éléments épithéliaux caractéristiques de la tumeur. A mesure qu'il s'accroît, l'épithéliome s'étend à la fois en profondeur et en surface, à la longue il s'ulcère. La surface se couvre d'érosions, de trous, de fentes d'où s'écoule une bouillie athéromateuse, blanchâtre, mélangée de pus, souillée d'urine; le milieu de la tumeur s'affaisse et forme une dépression couverte d'une croûte due à la dessiccation des produits sécrétés, parfois de lambeaux de tissus néoplasiques nécrosés. A cette période, l'épithélioma est un ulcère à fond induré et à bords relevés et calleux, d'un aspect à peu près caractéristique. A sa périphérie l'altération envahit sans cesse les tissus voisins.

En général, la prolifération épithéliale naît dans le corps muqueux de Malpighi au fond d'un espace inter-papillaire. En se multipliant, les éléments cellulaires de la dépression interpapillaire forment un bourgeon ou cône épithélial qui s'avance vers la profondeur. Le processus rappelle celui qui préside au développement physiologique des glandes cutanées. La tumeur épithéliomateuse résulte de l'accumulation de plusieurs cônes semblables, qui s'allongent, se bifurquent, se ramifient et s'enfoncent entre les faisceaux conjonctifs du derme sous-jacent.

En étudiant les cônes épithéliaux, on y reconnaît une disposition caractéristique des cellules épidermiques qui, de la périphérie au centre, rappelle l'évolution des cellules du corps muqueux de Malpighi. A la périphérie on voit une couche de cellules cylindriques, rappelant la couche profonde du réseau, à l'intérieur des cellules pavimenteuses complètement développées qui présentent une tendance à se grouper par couches stratifiées concentriques. Par places, la stratification concentrique se prononce au point que les éléments voisins, qui à la fois subissent la transformation

cornée, s'appliquent les uns contre les autres à la manière des écailles d'un bulbe pour former un globe épidermique ou globe perlé. Il est des épithéliomas dans lesquels les globes épidermiques acquièrent un volume considérable, d'autres dans lesquels ils deviennent très nombreux.

D'après Poncet, assez souvent les glandes sébacées pourraient être le point de départ d'épithélioma pénien : principalement au niveau de celles qui occupent le sillon de la couronne balanique. Cliniquement cette forme serait remarquable par l'abondance et la fétidité de ses sécrétions, par sa bénignité relative.

Fournier et Darier auraient constaté un cas d'épithélioma bénin syphiloïde. La lésion essentielle consistait en une hypertrophie considérable des bourgeons interpapillaires, formant de grosses masses globuleuses, mais nullement ramifiés. Il s'y joignait une modification des cellules qui étaient plus petites que normalement, disposées sans ordre et pourvues de filaments d'union très apparents. Enfin la kératinisation normale n'avait plus lieu au niveau de la lésion.

D'après Bergeret, les corps caverneux peuvent être le siège de cancers primitifs. On y observe, très rarement d'ailleurs, deux variétés de tumeurs malignes primitives : endothéliomes et sarcomes. Colmers, dans un remarquable travail sur cette question, rapporte quatre cas d'endothéliomes. Ils ont pour point de départ l'endothélium des aréoles et sont justiciables des doutes que l'on a sur leur existence.

Les sarcomes en revanche sont un peu plus fréquents, quoique rares cependant. Parmi les seize cas de sarcomes de la verge réunis par Colmers, un certain nombre limités aux corps caverneux, sont développés aux dépens de la trame conjonctive interaréolaire de ces organes. Ce sont des sarcomes à cellules rondes ou à cellules fusiformes; ils n'empruntent à leur localisation aucun caractère particulier.

Le sarcome est encore d'une évolution plus maligne que l'épithélioma, par la rapidité de sa généralisation ganglionnaire et la fréquence des métastases pulmonaires.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le début du cancer de la verge est insidieux, c'est une lésion ancienne, végétation ou corne qui se transforme, ou une petite excroissance de chair qui se montre. Cela attire d'autant moins l'attention qu'il n'y a pas de douleur et que le phimosis cache très souvent la lésion, si bien que c'est fréquemment la suppuration abondante de la balanite qui marque le premier pas.

Les symptômes fonctionnels sont en somme peu accentués : le plus important est une suppuration abondante, sanieuse et extrêmement fétide. Les hémorragies qui parfois sont abondantes, sont le plus souvent de peu d'importance. La miction peut être gênée et douloureuse, mais il est exceptionnel de voir la rétention.

Il va sans dire que les fonctions génitales sont plus ou moins abolies; la fétidité repoussante du néoplasme, la douleur des érections, les hémorragies provoquées sont autant de causes qui s'opposent au coït.

D'ailleurs la déformation de la verge s'accroît quelque soit la forme du début, ou bien elle est augmentée de volume, couverte de bourgeons fongueux et constituant un champignon repoussant, ou bien le pénis ulcéré et creusé en cratère est en partie détruit.

Peu à peu l'état général est atteint, l'adénopathie inguinale s'installe. Küttner a beaucoup insisté sur ce fait et ses recher-

ches ainsi que celles de Cunéo et de Marcille l'expliquent en montrant qu'un tronc collecteur des vaisseaux lymphatiques du gland passe par l'anneau crural et se rend directement au ganglion rétro-crural interne.

L'urèthre reste le plus souvent indemne même dans les cas avancés lorsque la verge est plus ou moins complètement désorganisée. A ses dernières limites le cancer de la verge atteint le corps tout entier de l'organe, le scrotum, la partie inférieure de l'abdomen, tel le malade du Professeur Venot, il peut même gagner la prostate et la vessie.

Les métastases à distance et la généralisation sont au contraire rares. On cite les deux cas de Ricord et de Demarquay où la généralisation s'accusa par l'existence de noyaux encéphaloïdes dans les poumons; récemment, Ménétrier et Martinez ont noté une infiltration cancéreuse presque totale du péricarde avec symphyse chez un malade atteint de cancer de la verge inopérable.



CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il est en général assez facile : Au début cependant et surtout lorsque le prépuce recouvre la lésion, on peut croire à une balano-posthite simple. Il ne faut pas hésiter alors à inciser le prépuce pour mettre à nue la lésion et permettre d'en vérifier les caractères. La balano-posthite a pour caractère d'être superficielle et d'être diffuse. Généralement elle s'étend à toute la muqueuse, mais elle n'empiète pas sur la portion découverte du gland. La surface malade est hérissée de papilles turgescentes et tapissée de plaques blanches d'épithélium desquamé ou recouverte d'une nappe de pus. Le prépuce participe à l'inflammation, il est injecté, chaud, œdémateux et douloureux.

Rarement la balano-posthite s'accompagne d'ulcération : il y a cependant quelques formes dans lesquelles la muqueuse est quelque peu entamée, telle est la variété *pustulo-ulcéreuse* décrite par du Castel, et la variété *érosive circonscrite* dont l'origine parasitaire a été démontrée par les recherches de Bataille et de Berdal.

Plus tard, à la période d'ulcération, on peut confondre l'épithélioma de la verge avec une affection chancreuse ou des plaques muqueuses des organes génitaux; mais les antécédents du malade ou des manifestations syphilitiques concomitantes révéleront la nature de la lésion. Legueu affirme « qu'une ulcération avec bords en cratère, ne saignant pas, sans sécrétion fétide, est une ulcération syphilitique ».

Dans l'herpès génital la petite perte de substance reste très superficielle, elle ne dépasse pas la couche Malpighienne. Son fond uni et plat, tantôt bien détergé, tantôt tapissé d'un enduit diphtéroïde, repose sur une base souple. Deux caractères appartiennent en propre à l'herpès : c'est d'une part le dessin de ses bords qui sont taillés à l'emporte-pièce et microcycliques, c'est d'autre part la sécrétion claire intarissable qui sourd des érosions herpétiques pour peu qu'on les exprime. A noter que le retentissement sur les glandes lymphatiques de l'aîne est inconstant.

Les altérations tuberculeuses dont on ne possède que quelques rares observations, sont cantonnées à l'orifice du méat. On n'a pas de sécrétion fétide; de plus l'âge du sujet, ses antécédents, le pus grumeleux et liable permettent de porter le diagnostic.

Les gommès syphilitiques ulcérées pourraient parfois en imposer pour une tumeur épithéliomateuse. Il importe avant tout de faire le diagnostic, car il serait désastreux d'enlever la verge à son client. Ozenne cite le cas d'un médecin étranger auquel plusieurs confrères avaient conseillé l'amputation. Verneuil reconnaissant la nature du mal lui prescrivit le traitement spécifique et lui conserva ses organes. Les gommès sont multiples, leur fond jaunâtre et bourbillonneux est bien différent de la suppuration ichoreuse et fétide; enfin elles ne saignent pas.

La gomme donne lieu en temps ordinaire à de véritables cavernes dont le fond est tapissé d'un enduit grisâtre, chair de morue; on ne constate pas, fait important, l'induration cancéreuse caractéristique.

Il faudra toujours, si on soupçonne la syphilis, faire un Wassermann et « même en présence d'un résultat douteux on pourra faire un traitement anti-syphilitique d'épreuve qui, s'il n'amène pas de résultat, aura pour effet de combattre les troubles névropathiques des malades en leur donnant quelque espoir de guérison ».

Reconnaître les végétations ordinaires, simples crêtes de coq, est chose facile; toutefois, les végétations simples développées sous un prépuce qu'elles ulcèrent, ont un bien vilain aspect. Mais entre elles la muqueuse du gland est restée souple et sans indura-

tion, leur lobulation est plus fine et régulière. De plus, les végétations ne causent aucune douleur et la tumeur a pu subsister depuis longtemps sans amener aucun engorgement ganglionnaire.

Autour de l'ulcère cancéreux les tissus sont plus ou moins indurés et tuméfiés; il tend constamment à envahir les parties voisines.

Les caractères qui servent à distinguer du cancer les indurations des corps caverneux, sont assez nettement tranchés. Des nodosités cancéreuses peuvent à la vérité se développer au centre des corps caverneux et simuler l'induration plastique, mais il faut se rappeler ce fait : leur apparition succède toujours alors à un cancer du gland et du fourreau. Enfin, comme le fait remarquer Tuffier, s'il restait quelques doutes, la marche de la maladie, l'augmentation de volume des nodosités, leur ulcération rapide, l'engorgement ganglionnaire ne tarderaient pas à venir les dissiper.

L'idée d'une mycose ulcérée peut se présenter à l'esprit; il faut toujours y songer, dit Mallein, et chercher immédiatement les caractères de l'actinomycose et de la sporotrichose; faire la culture sur gélose de Saboureaud et l'examen de la coulée du pus sur verre sec, selon la méthode de Gougerot. Si cela ne suffit pas, si l'on est encore hésitant, il faut pratiquer l'examen histologique, qui seul peut trancher la difficulté.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic est grave et toujours sérieux. L'homme porteur d'un cancer de la verge est conduit sûrement à la mort, car cette affection ne rétrocede jamais. L'opération change heureusement ce résultat dans une large mesure.

En effet, après l'opération faite au début, on peut obtenir une guérison complète. La récurrence pour le cancer du pénis est plus rare que dans les autres régions. Donc quand l'opération est précoce le pronostic est bénin, relativement cependant car il est toujours pénible de perdre l'organe qui est le signe de la virilité. Quelquefois après l'opération, le malade tombe dans une tristesse insurmontable, surtout si l'on a pratiqué l'émasculatation totale.

Mais, hélas ! quand on n'a pu opérer à temps, que la tumeur est ulcérée, que le scrotum est infiltré, les ganglions engorgés, le pronostic est fatal. Ce n'est plus qu'une question de temps. La durée moyenne d'un cancer de la verge laissé à lui-même serait de deux ans et demi à quatre ans d'après la plupart des auteurs.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le véritable traitement de l'épithélioma de la verge consiste en son ablation chirurgicale avec extirpation des ganglions inguinaux.

Condamin et Bilhaut préconisent l'emploi des rayons X. Ce serait évidemment la méthode idéale, seulement, d'après les renseignements puisés dans les différentes communications, on n'a recours à eux que dans les cancers inopérables et dans les cas où la cachexie est trop prononcée. Comme on le voit, c'est un moyen palliatif mais non curatif.

Les méthodes opératoires sont très nombreuses; nous nous bornerons à les rappeler et à mettre en relief la méthode moderne.

On peut pratiquer : *a)* l'ablation simple de la tumeur; *b)* l'amputation de la verge; *c)* l'extirpation totale du pénis, y compris le bulbe et la racine des corps caverneux; *d)* l'émasculation totale.

L'ablation simple de la tumeur n'est que rarement possible; cependant dans quelques cas heureux on peut enlever une simple partie du fourreau comme Auvray, faire une circoncision comme M. le Professeur agrégé Duvergey, pratiquer une décoration du gland comme Morestin.

L'extirpation du pénis, y compris la racine des corps caverneux, a été faite la première fois par Cabadé et porte encore le nom de Pearce Gould.

Elle doit s'appliquer au cas où il existe des noyaux à distance dans les corps caverneux et spongieux. Elle peut se pratiquer en prolongeant sur la raphé médian scrotal et sur le périnée l'incision de la peau. L'opération de Cabadé pour être avantageuse, doit enlever la racine des corps caverneux en rasant les branches ichio-pubiennes et tout le bulbe, en disséquant celui-ci soigneusement et en coupant le canal en amont de lui : alors l'abouchement de l'urèthre au périnée n'est pas toujours très facile.

L'émasculatation totale a été pratiquée la première fois par Anandale, puis par Paci en 1877. Elle a été faite depuis en France par Péan, par Chalot qui lui a donné son nom, par Albarran, Tédénat, Bazy, Legueu, etc.

Cette opération doit s'appliquer aux cas avancés, où l'extension des lésions au scrotum, au cordon ou aux testicules rend nécessaire l'ablation de tous ces organes, mais ne doit pas être substituée de parti-pris aux opérations plus conservatrices. Le manuel opératoire a été bien réglé par Chalot et cette intervention est relativement peu grave.

L'amputation de la verge est l'opération moderne qui s'applique à la majorité des cas; elle peut se faire plus ou moins loin; si elle est partielle, elle peut laisser encore un moignon pénien servant au coït, mais souvent les lésions nécessitent de faire une section immédiatement prépubienne. C'est une opération simple que l'on peut faire avec l'anesthésie locale, mais la recherche simultanée des ganglions force le plus souvent à employer l'anesthésie générale.

Elle comporte deux temps principaux :

1° L'ablation des ganglions inguinaux;

2° L'amputation de la verge.

On place le malade horizontalement sur la table d'opération et on pratique l'extirpation des ganglions inguinaux.

Par une première incision, longue de 8 à 10 centimètres et parallèle au pli de l'aîne, on explore avec soin la région inguinale soit à gauche ou à droite et on la débarrasse de tous les ganglions suspects. Cela fait, on répète la même incision du côté opposé.

Dans un deuxième temps, on procède à l'amputation de la verge; c'est le point délicat car il faut veiller à l'hémostase et à la réfection du méat urinaire.

L'hémostase était pratiquée autrefois à l'aide d'un lien de caoutchouc; celui-ci gêne pour l'incision, aussi il vaut mieux avoir recours à la compression avec les doigts.

La peau est tendue circulairement tout autour de la verge; à l'aide du bistouri, on fait une incision en raquette à queue inférieure correspondant à l'urètre. La peau est incisée, puis les corps caverneux coupés horizontalement. L'urètre, plus rétractile, doit être sectionné à un bon centimètre et demi en avant des corps caverneux. Deux points méritent une attention spéciale, l'hémostase et la réfection du méat urétral. L'hémostase est très facile à obtenir d'une façon complète en mettant : 1° une ligature sur les artères caverneuses et dorsale de la verge; 2° un surjet sur l'enveloppe des corps caverneux, de façon à arrêter le saignement du tissu érectile.

La réfection du méat urinaire doit être telle que le rétrécissement consécutif soit évité. Pour cela, l'urètre est fendu sur la paroi inférieure dans l'étendue d'un bon centimètre, et chacune des lèvres muqueuses de cette incision est suturée avec soin aux lèvres correspondantes de la raquette cutanée. La partie dorsale du méat urinaire est achevée par la juxtaposition de la muqueuse urétrale avec la peau de la face dorsale de la verge, ramenée sur l'extrémité suturée des corps caverneux.

On termine l'opération le plus souvent par la mise en place d'une sonde à demeure et par l'application d'un pansement destiné à la fois à éviter l'infection et à maintenir la sonde. Celle-ci sera enlevée au bout de quelques jours.

Cette manière de faire, excellente lorsqu'il reste une portion de la verge, peut avoir au contraire, dans l'amputation immédiatement prépubienne, l'inconvénient de laisser l'urine couler sur le scrotum, d'où irritation de la peau. De là dérivent quelques procédés de technique.

La transplantation périnéale de Thiersch consiste à aboucher l'urètre non plus en avant, mais en arrière des bourses; on peut

encore faire une urétrostomie sur la portion périnéale du canal (Montaz), ou inciser le raphé du scrotum, puis suturer les deux moitiés séparément, de façon à avoir un scrotum bifide que l'on peut écarter au moment de la miction. D'ailleurs il ne faut pas donner trop d'importance à cette action de l'urine sur la peau; cela constitue souvent une gêne moindre que l'obligation d'uriner accroupi. Il faut se rappeler aussi que, souvent, lorsqu'on fait ces larges plaies inguinales, il peut y avoir de la suppuration, du sphacèle de la peau, par suite de la difficulté d'asepsie de l'opération et des pansements; il n'y a qu'à se reporter aux observations des différents auteurs pour voir la réalité de ces faits.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLAR)

Le nommé M... Martial, âgé de 55 ans, cordonnier, entre le 25 juillet 1921 à Saint-André, dans le service de M. le Professeur Villar.

Pas d'antécédents héréditaires : Père mort à 100 ans, mère à 98 ans. Une sœur morte de la grippe il y a 3 ans. La femme du malade est morte il y a 5 ans, d'une affection cardiaque. Fille de 30 ans, se porte bien.

Depuis 25 ans le malade avait constaté l'existence d'une petite lentille couleur blanchâtre siégeant à la partie inférieure du sillon balano-préputial. Il y a 5 ans survinrent des indurations sur le prépuce qui déterminaient un peu de gêne pour ramener ce dernier en arrière.

Il y a 3 ans, un médecin pensant qu'il s'agissait de simples « crêtes de coq », en pratiqua l'extirpation. Deux ans et demi après, apparition d'un bouton à la partie postérieure du sillon balano-préputial. Ce bouton augmente de volume à la suite d'une écorchure survenue après un coït.

Etat actuel : Le malade est un homme robuste et de fort belle apparence. Le fourreau de la verge est œdématié à sa partie supérieure, inférieure et latérale. En arrière, dans le sillon balano-préputial, se voit une ulcération qui occupe toute la partie postérieure de ce sillon, ulcération assez profonde, rougeâtre, avec des bords très indurés et qui saignent facilement. La pression n'est pas dou-

loureuse. La partie antérieure des corps caverneux et urèthre est légèrement indurée. Miction normale. Il existe des ganglions durs dans les deux régions inguinales.

La réaction de Wassermann a été négative.

Opération : Pratiquée le 30 juillet 1921, qui consiste dans l'ablation des ganglions inguinaux des deux côtés et amputation de la verge à sa racine. L'examen histologique a été pratiqué dans le laboratoire du Professeur Sabrazès, qui a répondu : Epithélioma papillaire pavimenteux lobulé, lymphocytose inflammatoire.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLAR)

François L..., 56 ans, entre le 18 novembre 1920 dans le service du Professeur Villar, salle 17, lit 11, pour une affection de la verge.

Marié; femme bien portante, trois enfants en bonne santé.

N'a jamais été malade. Probablement pas de syphilis.

L'affection remonte à environ quatre mois. Une petite tuméfaction de la grosseur d'une tête d'épingle est apparue sur la face supérieure du gland; évoluant sans douleur, elle a augmenté peu à peu d'étendue, a pris un aspect bourgeonnant. Suintement d'un liquide purulent.

A l'examen, on constate sur la face supérieure du gland, une tuméfaction de l'étendue d'une pièce de 1 franc environ, bourgeonnante, saignant facilement, présentant dans ses sillons une sérosité purulente. La base de la tumeur indurée est dans le sillon balano-préputial. Petits ganglions dans les aines.

Pas de troubles urinaires. Etat général bon.

30 novembre 1921 : Amputation de la verge, ablation des ganglions inguinaux.

Examen histologique : Epithélioma.

Guérison très rapide.

Un an après, le malade nous répond : « Je me porte à merveille. Depuis que je suis rentré, je ne me suis senti de rien et je puis

dire que tout va bien; j'ai eu beau surveiller l'aine, pas la moindre grosseur n'est apparue, je suis complètement guéri. »

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY)

Marcel S..., âgé de 60 ans, atteint de phimosis congénital, entre dans le service du Professeur agrégé Duvergey le 10 octobre 1919.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de particulier qui mérite notre attention.

La maladie a débuté il y a environ 5 mois. Au moment de son entrée, l'extrémité du prépuce de cet homme, prépuce qui est d'ailleurs très long, est envahie par une petite tumeur. Au toucher on s'aperçoit que la tumeur est très bien limitée, qu'elle est bourgeonnante et saigne très facilement. Son volume n'est pas énorme, celui d'un noyau de cerise environ; en revanche, elle est d'une dureté ligneuse.

Par ailleurs, le gland est intact, la peau du pénis normale et les corps caverneux ne présentent aucune espèce d'induration. Les testicules et les bourses sont intacts.

Dans la région inguinale la palpation la plus délicate ne révèle l'existence d'aucun ganglion.

Le 25 octobre, M. le Professeur Duvergey pratique, à l'anesthésie locale, la circoncision. Il constate encore une fois que le gland est indemne. Le malade sort de l'hôpital Saint-André après une guérison rapide per primam, et n'a plus été revu.

L'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Sabrazès a confirmé le diagnostic. Le malade était porteur d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY)

Jean B..., manœuvre, 69 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier à signaler. Père

mort à 62 ans, mère à 58 ans. Le malade ignore l'affection à laquelle ils ont succombé. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels : Aucune maladie dans l'enfance. Diphtérie à 17 ans. Trois ou quatre ans après, le malade fait, semble-t-il, un écoulement d'origine gonococcique qui dure environ un mois.

La maladie qui nous intéresse et qui nécessite son entrée à l'hôpital, a débuté 2 ou 3 ans environ après l'écoulement, sous la forme de « crêtes de coq » qui ont apparu dans le sillon balano-préputial face dorsale.

Ces papillomes atteignirent la grosseur d'une lentille; dans ses rapports sexuels, le malade était gêné, et pour cause, un phimosis assez accentué irritant constamment ces végétations. Il se décida à voir un médecin qui en fit l'ablation par cautérisation.

Le malade se sent guéri; avec des camarades il s'adonne à la boisson. Un beau jour, quelques petites végétations de la grosseur d'un grain de plomb apparaissent de nouveau sur le dos du gland et dans le sillon balano-préputial. Après application de pansements humides, le tout disparaît progressivement et la guérison semble assurée.

En 1916 le malade fait un ictus dont il se remet petit à petit.

En juillet 1919, il accuse une certaine difficulté pour uriner, qu'il attribue à son phimosis. Le 23 juillet, le malade ressent des picotements et voit apparaître un peu d'œdème de la verge. Sous l'influence de pansements humides à l'eau blanche, l'œdème disparaît momentanément mais reparait bientôt. Fin janvier 1920, il remarque quelques petits bourgeons végétants ulcérés dont le suintement répand une odeur désagréable. A ce moment l'œdème de la verge augmente d'une façon assez considérable et la gêne à la miction va en s'accroissant.

Peu à peu le malade est pris de douleurs violentes, s'irradiant dans les cuisses et du côté des lombes, surtout du côté gauche. C'est alors qu'il se décide à entrer à Saint-André où il est hospitalisé salle 10 bis.

Examen du malade : On constate un gland tuméfié, recouvert de bourgeons suintants, saignant facilement et répandant une odeur

caractéristique fort désagréable. Le malade présente toujours son phimosis et l'œdème du fourreau.

L'examen de la région inguinale montre l'envahissement des ganglions des deux côtés, surtout du côté droit. Au toucher, on sent une induration des corps caverneux. Les bourses ne présentent rien de particulier, testicule sain, canal déférent aussi.

L'état général du malade est encore assez satisfaisant. Il a conservé bon appétit.

Opération : C'est dans ces conditions que M. le Professeur Duverger fait l'opération.

Anesthésie rachidienne à l'allocaïne, 10 centigr. Cure radicale par émasculatation totale, et ablation des ganglions de l'aîne des deux côtés.

Suites opératoires normales; à noter cependant un peu de sphacèle des lambeaux.

Peu à peu tout se cicatrise complètement quand brusquement le malade fait un second ictus et meurt.

Les pièces enlevées ont été envoyées au laboratoire du Professeur Sabrazès qui conclut :

Dilgnostic clinique : Epithélioma de la verge. Ganglions inguinaux. Enucléation totale.

I. — Verge du volume et dimension du pénis en érection, mais moniliforme. Un renflement glandulaire du volume d'un œuf, très dur. Un rétrécissement en arrière du gland, un deuxième renflement à la portion moyenne et postérieure.

Ouverte longitudinalement, on trouve deux masses néoplasiques correspondantes, blanches, succulentes. Les régions voisines du prépuce sont sphacellées et très fétides.

II. — Ganglions inguinaux. L'un d'eux a la dimension du petit doigt, blanc et succulent à la coupe.

III. — Testicules. Rien, non conservés (mauvais état).

Examen histologique : I. — Epithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques volumineux. Le tissu conjonctif qui sépare les foyers épithéliaux présente une lymphocytose nombreuse avec plas-mocytose, avec ça et là semis de mastzellen.

II. — Ganglion. Néoplasie : foyers d'épithélioma pavimenteux lobulé très nombreux.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur POUSSE)

Bernard D..., 50 ans, cultivateur, marié. Le malade entre à l'hôpital du Tondu le 25 novembre 1921, ayant depuis deux mois constaté une aggravation marquée dans l'état des lésions qu'il avait à la verge.

Antécédents héréditaires : Père mort à 71 ans d'une congestion pulmonaire. Mère morte à 66 ans de paralysie. Six frères et sœurs en bonne santé. Femme très bien portante, rien à signaler chez elle du côté génital.

Antécédents personnels : A 17 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu. Vers l'âge de 20 ans il a commencé à souffrir de la tête, surtout le soir, dit-il, par périodes de 8 jours environ. Ces douleurs ont persisté plus ou moins fortes et plus ou moins intermittentes jusqu'à l'âge de 40 ans. Il prétend n'avoir jamais eu de blennorragie, mais serait porteur d'un phimosis congénital.

En 1917, il a observé dans le sillon balano-préputial un bouton induré de la grosseur d'un pois; cette ulcération disparaissait de temps en temps pour réapparaître au bout de 8 à 15 jours. Plusieurs ulcérations apparurent dans la suite; enfin, il y a 2 mois, la verge gonfla presque brusquement; un abcès se serait formé avec ouverture sur le prépuce, déterminant des douleurs continuelles. (L'abcès aurait percé à la suite de pansements humides.)

Examen : Le malade, d'après l'entourage, aurait maigri notablement depuis deux mois. La verge a un aspect en battant de cloche, induration en masse de toute la partie préputiale; on constate sur le prépuce une grosse ulcération avec orifice à travers lequel on peut engager un stylet. Ulcération aussi sur le gland, la moindre pression détermine l'apparition de pus et de sang. Le malade ne présente pas de pollakiurie ni de douleur à la miction. Dans les

deux aines, série de ganglions durs, à droite un ganglion particulièrement développé.

M. le Professeur Pousson porte le diagnostic de cancer de la verge; pour plus de certitude le malade est présenté à M. le Professeur W. Dubreuilh. Ce dernier confirme le diagnostic et prélève une biopsie.

Les résultats étant positifs, M. Pousson pratique l'amputation partielle de la verge et le curettage des ganglions inguinaux.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LACOUTURE)

Martial F..., âgé de 67 ans, a toujours joui d'une santé excellente jusqu'au mois de septembre 1917.

A cette époque il s'aperçut d'un écoulement purulent par l'orifice de son prépuce long et étroit; cet écoulement s'accompagnait de vives douleurs à la miction et ne diminuait pas, bien que le malade fit usage d'injections dans la cavité sous-préputiale. C'est alors qu'il se décida à aller consulter M. Lacouture qui l'admit à Tastet-Girard, le 20 septembre 1921.

Actuellement on aperçoit à travers l'orifice préputial l'extrémité du gland qui a une coloration gris verdâtre, recouverte par un ichor fétide qui tache le linge. Le prépuce ne peut pas être relevé. Le gland forme une masse d'une dureté ligneuse; légère douleur spontanée et à la pression.

Dans les deux aines, pléaides ganglionnaires.

Le 8 octobre 1921 : Amputation de la verge, curage ganglionnaire. Examen histologique : épithélioma lobulé, globes épidermiques.

Le 5 novembre, le malade sort guéri.

Le 6 janvier 1922, le malade nous écrit qu'il se porte à merveille. Il croit la maladie complètement guérie. Il urine sans fatigue et sans effort.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur POUSSEY)

Eugène F..., 45 ans, confiseur, entre dans le service de M. le Professeur Pousson le 21 avril 1920.

Au point de vue génito-urinaire le malade a eu, à 22 ans, une blennorragie qui a guéri au bout de six mois. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Quatre mois environ avant son entrée à l'hôpital, le malade s'aperçut qu'il éprouvait une certaine gêne pour ramener le prépuce en arrière; quelques jours plus tard, impossibilité complète.

A ce moment il vit que l'extrémité de la verge présentait une tumeur qui grossissait et s'étendait progressivement, puis il ressentit, particulièrement la nuit, des douleurs violentes, lancinantes, localisées à l'extrémité de la verge, douleurs vives qui l'empêchaient de dormir. Pas la moindre gêne à la miction. Vingt jours avant l'admission du malade au Tondu, cette tumeur s'est mise à saigner et à devenir purulente. Le linge du malade était teinté de sang et de pus. Ces écoulements sanguins et purulents devenaient si abondants que le malade était obligé d'envelopper sa verge de compresses.

A son entrée on constate sur le pénis une tumeur inflammatoire du volume d'un abricot, d'où s'écoule constamment un liquide hémato-purulent.

A la palpation on sent une tumeur indurée s'étendant à la moitié inférieure de la verge, tumeur très douloureuse. Adénopathie inguinale très marquée. Du côté gauche on constate un ganglion énorme et très douloureux à la pression.

Rien du côté de la prostate, vésicules séminales, testicules et cordon normaux. Etat général très satisfaisant. Dans les urines dépôt purulent abondant.

Il n'y a pas de doute, on se trouve en présence d'un cancer du pénis. M. le Professeur Pousson pratique l'amputation partielle (après l'opération il lui reste encore 2 centimètres de pénis) et l'ablation des ganglions inguinaux.

M. le Professeur Sabrazès examine les pièces anatomiques et confirme le diagnostic d'épithélioma pavimenteux lobulé.

Malheureusement la maladie ne tarde pas à récidiver sur place; l'individu meurt en février 1921, d'après les renseignements que j'ai recueillis chez son patron.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LACOUTURE)

Alfred M..., 68 ans, surveillant, habitant Villenave-d'Ornon, entre à l'hôpital Tastet-Girard en septembre 1921, dans le service de M. Lacouture.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Depuis dix mois il a remarqué sur le gland, au-dessous du prépuce, une végétation à laquelle il ne prit pas garde tout d'abord. Depuis quelques mois la lésion s'est aggravée; le gland très tuméfié peut à peine être découvert.

A son entrée à l'hôpital, on constate sur le gland un bourgeon saignant, gros comme un pois-chiche, et ayant tendance à gagner le sillon balano-préputial et le prépuce. De cette ulcération s'écoule un liquide à la fois hémorragique et purulent, qui tache continuellement la chemise.

Le malade accuse des douleurs très vives et demande à être soulagé. En présence de ganglions inguinaux le diagnostic s'impose; il s'agit d'un épithélioma du gland. Comme il n'y a pas de contre-indication, M. Lacouture pratique l'amputation de la verge et l'ablation des ganglions inguinaux, le 10 octobre 1921.

Les suites furent normales. Cicatrisation parfaite le vingtième jour. Il sort de l'hôpital et rentre chez lui.

Le malade, revu en décembre 1921, va très bien, ne souffre plus et est très content de son sort.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VENOT)

C... Jean, 45 ans, entre le 2 mars 1921 dans le service de M. Venot, salle 11 bis, lit 19, pour une tumeur de la verge.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Début de l'affection actuelle il y a 8 ans. Un petit bouton apparut sur la face latérale de la verge à l'union du gland et du corps du pénis. Ce petit bouton papillomateux s'étendit peu à peu, le mal infiltrant la verge et s'étendant en largeur. Petit à petit la tumeur s'est ulcérée et des douleurs assez violentes, revenant par accès et siégeant dans la verge et les aines, ont apparû, troublant le repos du malade.

A l'examen, tumeur énorme en choux-fleur, ulcérée et sanieuse, occupant la région de la verge, empiétant sur les plis inguinaux et sur le scrotum.

Le diagnostic de tumeur du pénis s'impose.

Examen histologique pratiqué dans le laboratoire du Professeur Sabrazès, le 2 avril 1921.

1° Vieux papillome avec inflammation chronique à cellules plasmiques et évolution épithéliomateuse. (Epithélioma pavimenteux lobulé.)

2° Ganglion chroniquement enflammé.

Le malade refuse de se laisser opérer. En présence de ce refus le malade est adressé à M. le Professeur Bergonié. Il a suivi quelques séances jusqu'en septembre 1921, date à laquelle il a quitté le service pour aller vendanger dans le Médoc.

Le malade n'a plus été revu. Impossible d'avoir de ses nouvelles.

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma de la verge est excessivement rare si on le compare au cancer utérin.

2° A l'heure actuelle, les différents cas de co-existence de cancer utérin et de cancer de la verge ne nous permettent pas d'élucider le problème du cancer conjugal.

3° En présence d'un bouton ou plaque rouge du gland d'aspect papillomateux, l'examen biopsique s'impose d'abord et sans perdre de temps afin de pouvoir établir un diagnostic exact de la lésion.

4° Le doute levé, le traitement de ces excroissances péniennes doit consister en l'extirpation chirurgicale large et profonde.

5° Des différentes méthodes opératoires préconisées, nous donnons la préférence à la technique moderne qui pratique l'amputation de la verge et l'ablation systématique des ganglions inguinaux.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r F. VILLAR.

VU :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 janvier 1922.

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. --- Cancer du pénis et chaîne lymphatico-ganglionnaire secondaire. (*Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, 19 juin 1902).
- ANNANDALE. — Successful removal of the testicles, scrotum penis and suprapubic skin for epithelial cancer. (*The Lancet*, London, 1874).
- AUCHÉ et BINAUD. — Sur un cas de leucokératose du gland et d'épithélioma du prépuce (*Bull. Acad. de médecine Paris*, 1899, pages 299-302).
- AUVRAY et PASCAL. — Epithélioma du fourreau de la verge. Conservation du gland et des corps caverneux. (*Bull. Soc. anat. de Paris*, juin 1899).
- BÉGOUIN. — Epithélioma de la verge à plaques ulcérées multiples avec marche rapide et perforation précoce de l'urèthre. (*Bull. Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux*, 1896, p.338).
- BÉRARD et CHALIER (A.). — *Lyon Médical*, 1909, p. 700-703).
- BERGER. — Thèses Paris, 1889-90.
- BERGERET. — Arch. urol. clinique de Necker, Paris 1913-14.
- BERRUECCO. — Extirpation du pénis et des testicules avec transformation apparente du sexe. (*Atti. d XI° Congr. med. internaz*, 1894).
- Epithélioma du gland. Amputation de la verge. (*Siglo medico*, 1893).
- BICHAT. — Emasculation totale pour cancer de la verge. (*Revue médicale de l'Est*, Nancy 1904, page 482).
- BILHAUT (père et BILHAUT (M.). — Deux cas d'amputation de la verge pour épithélioma. (*Annales de chirurgie et orthopédie*, Paris 1913).

- BETANCÉS. — Les épithélioma du gland. (*Presse médicale*, 1919, page 321).
- BOCH. — Cas d'épithélioma de la verge. (*Ann. Soc. d'anat. path.*, Bruxelles 1897).
- BOUISSON. — Tribut à la chirurgie 1861. (*Gazette médicale*, 1860).
- BRÆMAN (C.-J.). — Cancer and syphilis of penis. (*Lancet clinic*, Cincin., 1914, p. 131).
- BROQUIN-LACOMBE. — *Revue d'hygiène de Paris*, 1919, p. 518-522.
- BUTRULLE. — Epithélioma de la verge. (*Echo médical du Nord*, Lille, 1905, p. 139).
- CABADÉ. — *Gazette des hôpitaux*, 1878.
- CARBONNELL. — De l'émasculation totale et de ses indications dans le traitement du cancer de la verge. (Thèse de Montpellier, 1896).
- CARLIER. — Volumineuse masse ganglionnaire ulcérée de l'aîne due à un épithélioma du pénis. (*Echo médical du Nord*, Lille 1905, p. 318).
- CHALOT. — De l'extirpation de la verge et des bourses, ou émas-culation totale. (Congrès français de chirurgie, 1894).
- CHEVREAU. — Un cas d'épithélioma primitif de l'urèthre. Emasculation totale. (*Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1895).
- COMMES (C.) et CREMER (J.). — Valumineux éléphantionis de la verge. (*Bulletin de la Soc. path. exotique*; Paris 1918, p. 714-716).
- CONDAMIN. — Epithélioma de l'urèthre antérieur. (Curiéthérapie. *Lyon chirurg.*, 1921, p. 232).
- CORBINEAU. — Induration plastique des corps caverneux. (*Journal d'urologie*, 1917-18, p. 543).
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique, 1884.
- CULTY (Maurice). — Traitement chirurgical du cancer de la verge et ses résultats. (Thèse de Lyon, 1907-1908).
- CUNNINGHAM (J.-H.). — The operative treatment of carcinoma of the Penis. (*Surg. Gynec. obst.*, Chicago, 1914, p. 693-699).
- DAMOND. — De l'épithélioma du pénis et de son ablation. Nouvelle méthode d'amputation. (Thèse de Bordeaux, 1898).

- DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis. Paris, 1877.
- DUBOURD. — Contribution à l'étude du cancroïde du pénis. (Montpellier, 1884).
- DUCOS. — Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis. (Thèse de Lyon, novembre 1904).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VII, 1899.
- DURAND. — *Lyon Médical*, 1913, page 673.
- DUQUERNOY. — Cancer de la verge. (Société anatomo-clinique de Lille, 1896).
- ENGLISCH. — Das Penis carcinom. *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1902, p. 163; *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1902, n° 50 à 52.
- ERDMAN (R.). — Carcinoma involving glans penis. (*Ann. Surg. Phil.* 1917, p. 232).
- FÉLIX. — Recherche sur l'excision des organes génitaux externes chez l'homme. (Thèse de Lyon, 1883).
- FISCHER. — Total extirpation of penis for carcinoma. (*Ann. Surg., Phila.*, 1916, p. 719).
- FORDYCE. — Gumma of penis. *J. cutan, dis incl. syph.*, Chicago, 1918, p. 1217).
- FRIEDRICH. — Un cas de carcinome du pénis. (Thèse de Munich, 1910).
- GARNIER. — Du cancer de la verge et de son traitement par le bistouri. (Thèse de Paris, 1894).
- GAYET. — Ablation des testicules. (*Lyon Médical*, 1913, p. 464-465).
- GIRARD. — Epithélioma de la verge. Amputation. (*Montpellier médical*, 1905, p. 19 à 22).
- GOUGEROT. . . *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1912).
- GOULD (P.). — *Lancet*, London, 1886.
- GREEN (N.-W.). — Epithelioma of the penis; total ablation. With dissection of the inguinal glands; non recurrence after five years. (*Ann. Surg., Phila.*, 1914, p. 388).
- GUÉNOT. — Cancer et hérédité. (*Gazette des hôpitaux de Paris*, 1913, p. 1658 à 1660).

- GUYON. — L'épithélioma de la verge. (*Rev. gén. de chir. et de therap.*, Paris 1905, p. 358).
- HAMONIC. — Le cancer du pénis. (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*).
- HERMANS et LECLERC-DANDOUY. — Compte-rendu de la Société belge d'urologie, février 1904; *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1905, p. 542.
- HUTCHINSON (J.). — A clinical lecture on epithelioma of the penis and its treatment. (*The Lancet*, London 1899, p. 1075 : the test form. of operation for epithelioma of the penis (*Clin. J. London*, 1902, p. 155).
- JEANSELME. — Diagnostic et traitement des ulcérations de la verge. (*Gazette des hôp. de Paris*, 1905, p. 1719 à 1723).
- JONNESCO. — Emasculation avec évidence du pelvis et des régions inguinales pour cancer du pénis. (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Bucarest*, 14 janvier 1901, page 200).
- JULIEN. — Thèse de Paris, 1873.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, Paris 1899.
- KALLIONTZIS. — Sur un nouveau procédé opératoire de l'amputation partielle du pénis à lambeaux latéraux caverno-cutanés. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, p. 533 à 536).
- KRETSCHMER (H.-L.). — Carcinoma of the penis. (*Surg. Clin.*, Chicago, 1918, p. 269-280).
- KUTTNER. — Penis carcinome. (*Beitrag zur Klin. Chirurg.*, 1900).
- LABORDE. — Thèse de Bordeaux, 1910-11.
- LASSERRE. — Thèse de Bordeaux, 1894.
- LAULX. — Cancer du pénis, son traitement, ses résultats. (Thèse de Montpellier, 1910-11).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, tome IX, 1900, p. 777 à 784 (fait par Félix Legueu).
- LEGUEU. — Emasculation totale. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897).
- LEPOUTRE. — Emasculation totale. (*Presse Médicale*, 1912, p. 99).
- LETULLE. — Anatomie pathologique, 1897.

- LISFRANC. — Clinique chirurgicale de la Pitié, 1841.
- LOUIS. — Dictionnaire de chirurgie, t. II, Paris 1789.
- LOUMEAU. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1903.
- LECÈNE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- MACHINTOSH (M.). — Sobre un caso de epithelioma a del pene tratado por la emasculation total. *Semana med.*, Buenos-Aires, 1918, p. 138-141).
- MALLEIN. — Un cas de mycose ulcérée de la verge. *Bulletin et Mémoires Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1917, p. 822-824).
- MAUCLAIRE. — Ablation en bloc de l'épithélioma pénien et de son territoire lymphatique. (*Arch. génér. de chir.*, 1908, p. 247). — (*Bullet. et Mém. de la Soc. de chir., Paris* 1920).
- MÉNARD. — Cancer primitif de l'urèthre balanique. (Méat et fosse naviculaire). *Soc. anat.*, 1910, p. 395.
- MÉNETRIER et MARTINEZ. — Symphyse cardiaque avec cancer généralisé du péricarde, secondaire à un cancer primitif de la verge. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1916, p. 1787-1798).
- MERCANTON. — Réunion annuelle de la Société médicale de la Suisse romande, octobre 1892.
- MÉTREAU. — Du pronostic du cancer de la verge. (Thèse de Bordeaux, 1899).
- MICHON et LEGUEU. — Epithélioma primitif de l'urèthre. (*Journal d'urologie*, 1920, p. 312).
- MORESTIN. — *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*. Cancer du pénis, 12 juillet 1901; deux cas de cancer du pénis, 1903, p. 387 à 390; cancer de la verge, 1903, p. 517 à 519. Papillomes cornés multiples et épithélioma papillaire : décortication du gland. *Soc. anat.* 1905, p. 904.
- MORISANI. — Sull' enucleazione della sfera externa degli organi genitativi maschili. (*Giorn. intern. del scienze medisch.*, Napoli, 1892).
- MORTON (H.-H.). — Carcinoma of the glans penis. (*Med. Times*, New-York, 1914, p. 307-309).

- MOUSSARON. — De l'émascation totale. Indication technique, résultats. (Thèse de Toulouse, 1905).
- OCHS. — Epithelioma of the penis. *J. Cutan. Dis. incl. Syph.*, New-York, 1915, p. 39).
- ORAISON. — Cancer de la verge datant de 15 ans. Extirpation totale, guérison opératoire, mort accidentelle 1 mois $\frac{1}{2}$ après. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1903, p. 53 à 57).
- ORAISON et PETGES. — Cancer des ramoneurs ? *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1911, p. 255-257).
- OZENNE. — Gommès de la verge. (*Revue de chirurgie*, p. 532, 1883).
- PACI. — Ashortazione totale della verga e de testicoli con un nuevo processo operativo. (*Giorn. inter. del scienze mediche*, Napoli, 1880).
- PANTALONI. — 3 cas d'émascation totale pour cancer de la verge. (*Arch. provinc. de chirurgie*, 1898).
- PÉAN. — Leçon de clinique chirurgicale, t. VIII, 1887.
- PELLANDRA. — Epithelioma de la verge; émascation totale. (*Lyon médical*, 1903, p. 171).
- PÉTOURAUD. — Epithélioma du pénis. Emasculation. (*Lyon médical*, 1893).
- PICQUÉ. — Epithélioma du pénis. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1902, p. 159).
- Epithélioma du gland. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1902, p. 177).
- PINARD et MILON. — Cancer du prépuce. (*Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1918, p. 254-257).
- PONCET. — Enorme épithélioma sébacé du pénis. (*Lyon médical*, 1904, page 76).
- POUCEL. — *Marseille médical*, 1910, p. 342-344.
- POUSSON. — Nouvelle méthode d'amputation du pénis. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 828).
- RAULX. — Thèse de Bordeaux, 1913.
- RAVAUT. — Société anatomique, décembre 1897.
- REYNES (Henri). — Nouvelle opération d'amputation totale de la verge. (XXIII^e Congrès français de chir., Bruxelles 1908).

- RICHE (V.). — Cancer du pénis. Emasculation totale. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1906).
- RIVET (A.). — Epithélioma du pénis et des bourses. Emasculation totale. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1905 et 1914).
- ROBERT. — Sur un cas d'épithélioma de la verge. (*Journal de médecine de Bordeaux*).
- SABRAZÈS et MURATET. — Tuberculose de la verge. Diagnostic. (*Semaine méd. de Paris*, 1901, p. 305 à 307).
- SALING. — Zwei falle von emasculation wegen carcinoma penis. (Thèse de Greifswald, 1898).
- SCHNEIDER. — Drei falle von carcinoma penis. (Thèse de Greifswald, 1890).
- SERRA. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la verge et de son traitement spécialement par l'émasculation totale. (Thèse de Nancy, juillet 1903).
- STOPPATO (U.). — Di un carcinoma del pene con enorme elefantiasis del prepuzio. Ricerche anatomo-patologiche e considerazioni cliniche. (*Clin. chir.*, Milano, 1917, p. 456-476).
- TENTON. — Epithélioma primitif de l'urèthre chez l'homme et la femme. (*Gaz. hôp. de Paris*, 1910, p. 1251-1258).
- THOMAS (B.-A.). — Cancer of the penis. (*Ann. Surg.*, Philad. 1917, p. 613).
- VARIOT. — Amputation complète de la verge avec conservation de la puissance génitale et fécondation. (*Bull. Soc. anthrop.*, 1892, 2^e fasc., p. 120).
- VEYRAT. — Epithélioma de la verge. (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 23 juin 1906).
- VERGOZ. — Contribution à l'étude de l'amputation de la verge.
- VILLA. — Considération de l'épithélioma de la verge et de son traitement chirurgical. (Thèse de Montpellier, 1901).
- VIRELY. — Contribution à l'étude du cancer de la verge. (Thèse de Paris, 1896).
- WISCHOW. — The cases of amputation for epithelioma of the penis. (*Journal of cort. genit.-urin.*, dis. 1895, n° 12).

WARNER (M.). — Observation de chirurgie, traduites de l'anglais, Paris 1757).

WASSERMAN. — Thèse de Paris, 1895.

WITEFORD HAMILTON. — Epithélioma du pénis à la suite d'une circoncision incomplète. (*Lancet*, 1920, p. 1304).



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — <i>Introduction</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Etiologie</i>	11
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i>	16
CHAPITRE IV. — <i>Symptomatologie</i>	19
CHAPITRE V. — <i>Diagnostic</i>	21
CHAPITRE VI. — <i>Pronostic</i>	24
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	25
OBSERVATIONS	29
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	40

Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-St-Georges

BORDEAUX

